



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Motivo de interconsulta al servicio de
odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de
Mayo en el año 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Alvaro ALVA MALDONADO

ASESOR

Martha Cecilia RODRÍGUEZ VARGAS

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Alva A. Motivo de interconsulta al servicio de odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2017.



1426

63

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el veintisiete de noviembre del 2017 por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller :

ALVA MALDONADO, Alvaro ✓

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « MOTIVO DE INTERCONSULTA AL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL AÑO 2015 » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento: BUENO, siendo calificado con un promedio de: DIECISIETE 17

(en letras)

(en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los veintisiete días del mes de noviembre del dos mil diecisiete.

PRESIDENTE DEL JURADO

C.D. Luis Augusto Cisneros Zárate

MIEMBRO

C.D. Jorge Eleodoro Villavicencio Gastelú

MIEMBRO (ASESOR)

Mg. Martha Cecilia Rodríguez Vargas

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

- **PRESIDENTE:** C.D. Luis Augusto Cisneros Zárate
- **MIEMBRO:** C.D. Jorge Eleodoro Villavicencio Gastelú
- **MIEMBRO ASESOR:** Mg. Martha Cecilia Rodríguez Vargas

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Norma

Por darme la vida, por todo el amor que me da, creer en mí y apoyarme en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi padre Ermenegildo

Por su amor y ser mi ejemplo a seguir con su perseverancia y constancia que lo caracteriza en conseguir las metas que se propone.

Mama y Papa gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se lo debo a ustedes.

A mis hermanos

Por sus constantes consejos y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis abuelos

Por su constante preocupación en mí y su eterno amor.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Martha Cecilia Rodríguez Vargas, ejemplo profesional y humano, por su asesoría, interés y ayuda constante en la elaboración del presente proyecto.

A los doctores miembros del jurado, al Dr. Luis Augusto Cisneros Zárate y el Dr. Jorge Eleodoro Villavicencio Gastelú, por su amabilidad, enseñanza y asesoría para la realización del presente proyecto.

Al Dr. Juan Eduardo Vásquez Izquierdo del Hospital Nacional Dos de Mayo por su ayuda, amistad y cooperación.

A mi Alma Mater "Universidad nacional Mayor de San Marcos" quién la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

RESUMEN

Según el modelo de atención integral de salud (MAIS) implementado el 2006 en el Perú se debe realizar una atención integral de las personas. Todos los profesionales de salud necesitan intercambiar opiniones con otras especialidades sobre la atención a determinados pacientes. Y es mediante la interconsulta que los profesionales de salud la utilizan como un medio de comunicación con la finalidad de dar una atención óptima al problema de salud que presenta un paciente. El objetivo de este proyecto fue determinar el motivo de interconsulta más frecuente al servicio de Odontoestomatología, los servicios médicos de procedencia que realizan la interconsulta, diagnóstico de salud general, y diagnóstico de salud estomatológica de las interconsultas realizadas a los pacientes en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se revisaron historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó interconsulta al servicio de Odontoestomatología en el año 2015 y se recopilaron las variables a estudiar. Se encontró que el motivo de interconsulta con mayor frecuencia es la evaluación (81%), seguida del dolor y la desfocalización. El servicio de Endocrinología realiza la mayor cantidad de interconsultas al servicio de Odontoestomatología (26,6%), seguido por los servicios de Obstetricia, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cardiología y Neurología. La Diabetes es el diagnóstico de salud general de mayor prevalencia en las interconsultas (26,6%), seguido de aquellas pacientes gestantes. La Caries es el diagnóstico de salud estomatológica más frecuente en las interconsultas (37,7%), seguida de Necrosis pulpar, Remanente radicular y Gingivitis.

Palabras clave: Interconsulta, Medicina, Odontología

SUMMARY

According to the integral health care model (MAIS) implemented in 2006 in Peru, comprehensive care of people must be carried out. All health professionals need to exchange opinions with other specialties on the care of certain patients. And it is through interconsultation that health professionals use it as a means of communication in order to give optimal attention to the health problem that a patient presents. The objective of this project was to determine the reason for the most frequent interconsultation to the Odonto-stomatology service, the medical services of origin that make the interconsultation, diagnosis of general health, and diagnosis of stomatological health of the interconsultations made to the patients in the National Hospital Dos of May.

Clinical records of the patients who underwent interconsultation to the Odonto-stomatology service in 2015 were reviewed and the variables to be studied were collected. It was found that the reason for interconsultation with greater frequency is evaluation (81%), followed by pain and defocusing. The Endocrinology service performs the largest number of interconsultations in the service of Odonto-stomatology (26.6%), followed by the services of Obstetrics, Head and Neck Surgery, Cardiology and Neurology. Diabetes is the diagnosis of general health with the highest prevalence in the interconsultations (26.6%), followed by those pregnant patients. Caries is the most frequent diagnosis of stomatological health in interconsultations (37.7%), followed by pulpal necrosis, root remnant and gingivitis.

Keywords: Interconsultation, Medicine, Dentistry,

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
	2.1. ÁREA PROBLEMA.....	2
	2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
	2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
	2.4. OBJETIVOS	3
	2.4.1. Objetivo General.....	3
	2.4.2. Objetivos Específicos	3
	2.5. JUSTIFICACIÓN	3
	2.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
III.	MARCO TEÓRICO.....	5
	3.1. ANTECEDENTES	5
	3.2. BASES TEÓRICAS	15
	3.2.1. Salud general	15
	3.2.2. Salud estomatológica	17
	3.2.3. Historia clínica	18
	3.2.4. Interconsulta.....	21
	3.2.5. Modelo de Atención Integral en Salud	23
	3.2.6. Relación Medicina – Odontología	26
	3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	29
	3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
IV.	METODOLOGÍA.....	32
	4.1. TIPO DE ESTUDIO	32
	4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	32
	4.2.1. Población.....	32
	4.2.2. Muestra	32

4.2.3. Selección de la muestra	32
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
4.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	33
4.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	33
V. RESULTADOS	34
VI. DISCUSIÓN.....	43
VII. CONCLUSIONES	46
VIII. RECOMENDACIONES.....	47
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	48
X. ANEXOS	54

I. INTRODUCCIÓN

Se entiende como atención de salud el conjunto de acciones que tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. El equipo de salud, considerado un equipo multidisciplinario, es un grupo de profesionales de diferentes especialidades, cuya finalidad consiste en brindar atención de la salud a los pacientes.

Los profesionales de este equipo de salud se interrelacionan a través de las interconsultas, consideradas como una forma de comunicación técnica entre dos o más personas de diferentes especialidades.

Los estudios sobre las interconsultas entre profesiones médicas son limitadas y aún más entre medicina y odontología; este último como parte del equipo de salud la realiza como una actividad asistencial. Los profesionales médicos solicitan las interconsultas solo en casos especiales existiendo desinformación sobre la existencia de manifestaciones bucales en enfermedades sistémicas o la existencia de enfermedades sistémicas de origen bucal.

Este es un estudio descriptivo de la actividad asistencial de los odontólogos en relación a las interconsultas de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, recolectando datos escritos en las hojas de interconsulta de las historias clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó una interconsulta al Servicio de Odontoestomatología. Estos datos serán sobre el motivo de interconsulta, los servicios médicos de procedencia que realizan las interconsultas, el diagnóstico de salud general, y el diagnóstico estomatológico para aportar información estadística que sirvan como base para futuros estudios y concientizar tanto a los profesionales médicos y odontólogos, incluyendo a los estudiantes de estas profesiones de salud sobre la necesidad de un continuo trabajo multidisciplinario en la atención integral de las personas.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. ÁREA PROBLEMA:

En la actualidad, todas las profesiones y específicamente en las de ciencias de la salud buscan especializarse y subespecializarse obteniendo un mayor conocimiento y experiencia permitiendo una mejor atención de los pacientes.

Es por esto que cada profesional de salud al tener una educación y formación más especializada tiende a focalizar su trabajo a problemas de dicha especialización, motivo por el cual su capacidad para resolver problemas multi e interdisciplinarios se encuentra disminuido al momento de atender a sus pacientes.

Debido a esta situación que se está presentando con mayor frecuencia a los profesionales de la salud, es que las interconsultas a diferentes especialidades también se están haciendo cada vez más frecuentes, posibilitando así la resolución de diferentes patologías.

2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Dentro de las interconsultas a diferentes especialidades realizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el Año 2015, se encuentran las enviadas a la especialidad de odontología, que son elaboradas por diferentes motivos.

Las interconsultas a la especialidad de odontología son realizadas dentro del ámbito hospitalario de dos maneras: la primera es interconsulta del paciente hospitalizado y la segunda es de un paciente ambulatorio.

Por tal motivo, una de las funciones más importantes de la odontología en el ámbito hospitalario es atender y resolver las interconsultas a dicho servicio.

Logrando de esta manera, que la medicina y la odontología cumplan el deber, como

ciencias de la salud que son, de integrarse en equipos interdisciplinarios para así mejorar la atención en salud a la población.

2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los motivos de interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015?

2.4. OBJETIVOS:

2.4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los motivos de interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el motivo de interconsulta más frecuente al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.
- Determinar el Servicio que realiza interconsultas con mayor frecuencia al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.
- Determinar el diagnóstico de salud general más frecuente en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.
- Determinar el diagnóstico de salud estomatológica más frecuente en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

2.5. JUSTIFICACIÓN:

La práctica de la odontología debe incluirse dentro del concepto de “Salud Integral”, para que esto sea posible, el odontólogo debe tener conocimiento de los procesos básicos de las enfermedades y determinar la relación influyente con su tratamiento odontológico correspondiente.

También, debe identificar las enfermedades que podrían afectar seriamente el estado de salud general del paciente, como también poder actuar de la manera más adecuada frente a las situaciones que se presenten.

Las interconsultas a las diferentes especialidades de odontología traen como beneficio que la atención odontológica sea más valorizada en el ámbito hospitalario, dándole la importancia a la profesión. Asimismo, los resultados de la investigación nos brindarán información para usarla como base de datos y determinar a largo plazo si el motivo de interconsulta más prevalente se mantiene en los años venideros, de verificarse esta información nos serviría para realizar una intervención de manera que se pueda prever dicho motivo de interconsulta.

2.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

- La falta de una base de datos digitalizada con respecto a las interconsultas en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

Hassan et al (1996) realizaron un estudio para determinar el estado de salud de los pacientes que asistieron a clínicas dentales en la Universidad King Saud. La muestra fue de 2096 archivos de pacientes, donde alrededor del 25% tenían historia de las condiciones médicas que presentaban. En los resultados la frecuencia más alta estuvo en su tercera, cuarta y quinta década de vida. De los pacientes médicamente comprometidos, el 21,3% eran diabéticos, 15,5% hipertensos, mientras que en el resto había condiciones tales como asma, anemia, artritis, problemas cardíacos, epilepsia, hipersensibilidad a la penicilina, hepatitis, tendencia a hemorragia, psiquiátricos, enfermedad tiroidea e hipotensión. Concluyeron que un aspecto importante de la historia es la parte médica realizada con el uso de un cuestionario. ¹

Long y col. (1998) realizaron un estudio revisando artículos en los cuales las lesiones de la mucosa oral, lengua, encía, la dentición, el periodonto, las glándulas salivales, el esqueleto facial, extraoral y otros relacionados con la piel son causadas por algunas enfermedades sistémicas como hematológicas (anemia, leucemia, mieloma múltiple), reumatológicas (síndrome de Sjogren, esclerodermia, lupus eritematoso, artritis reumatoidea), oncológicas (enfermedad metastásica, células histiocitos de langerhans), desordenes endocrinos (diabetes mellitus, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipercortisolismo, hipoadrenocorticism), renales (estomatitis urémica), enfermedades gastrointestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa). Concluyen que las enfermedades sistémicas presentan con frecuencia alteraciones en las estructuras de la boca y los maxilares, y que el diagnóstico adecuado es esencial para iniciar el tratamiento correcto y que tanto el médico de atención primaria y el dentista deben estar familiarizados con estos problemas para que los pacientes sean bien atendidos. ²

Smeets y col. (1998) realizaron un estudio sobre la detección de pacientes médicamente comprometidos en los Países Bajos, relacionados con la historia. Esto debido a que los cambios sociales y las innovaciones científicas en la última década hacen que existan más pacientes médicamente comprometidos que necesitan tratamiento dental especial. El método fue registrar los problemas de salud dental de 29 424 pacientes de 50 clínicas dentales en los Países Bajos por medio de los registros de riesgos médicos de las historias. Los resultados fueron que la edad media de los pacientes fue de 37,1 + / - 13,5 años. De acuerdo con las directrices actuales, el tratamiento dental debe ser modificado si el paciente tiene un riesgo quirúrgico de ASA III ó IV. Un porcentaje relativamente alto de pacientes con edades 65-74 (23,9%) y 75 más (34,9%) si tenía un riesgo quirúrgico de ASA III ó IV. Además, las condiciones que aumentó con la edad fueron la hipertensión, problemas cardiovasculares, neurológicos, endocrinológicos, infecciosos y enfermedades de la sangre. Concluyeron que para la práctica odontológica, estos resultados significan que el registro de riesgos médicos, puede desempeñar un papel importante en la adaptación de tratamiento odontológico a las necesidades específicas de los pacientes. Esto es especialmente importante en el caso de pacientes ancianos.³

Rustu (1999) realizó un estudio conformado por 200 personas que fueron enviadas a consulta odontológica por los servicios de Cardiología, Medicina Interna, Psiquiatría, Oftalmología, Ortopedia, Urología, para determinar la incidencia de caries. Determinaron que esta va de mayor a menor frecuencia respectivamente. Siendo el servicio de Cardiología y Medicina Interna los que realizan la mayor cantidad de interconsultas.⁴

Li y col. (2000) realizaron un estudio sobre enfermedades causadas por infecciones orales, donde encontraron referencias en enfermedades cardiovasculares, coronarias: aterosclerosis e infarto del miocardio, endocarditis infecciosa, neumonía bacteriana, diabetes mellitus. Esto relacionado a los avances en la clasificación e

identificación de microorganismos orales y a la toma de conciencia de que algunos microorganismos son normalmente los que se encuentran en la cavidad oral que han abierto el camino para una evaluación más realista de la importancia de la infección oral focal. También, cada vez es más claro que la cavidad oral puede actuar como el sitio de origen de la difusión de organismos patógenos distante a sitios del cuerpo, especialmente en inmunocomprometidos, como los pacientes con tumores malignos, diabetes, artritis reumatoide o con tratamiento con corticosteroides u otros inmunosupresores. Concluyeron que una serie de estudios epidemiológicos, han sugerido que la infección por vía oral, y especialmente marginales como periodontitis apical, puede ser un factor de riesgo para enfermedades sistémicas. Los niveles de bacterias pueden llegar a más de 10¹¹ microorganismos por miligramo de la placa dental. La proximidad anatómica de estas microfloras a la circulación sanguínea puede facilitar la bacteriemia sistémica y propagación de bacterias, productos, componentes, e inmunocomplejos.⁵

Moromi (2004) analizó la presencia e implicancia de bacterias orales en procesos sistémicos llegando a conclusiones de evidencias de bacteremia luego de extracción dental, destartraje dental, extracción de tercera molar y tratamiento endodóntico, de mayor a menor frecuencia respectivamente. Encontró evidencias de endocarditis asociada a enfermedades dentales y su tratamiento; la enfermedad periodontal como capaz de predisponer a las personas a enfermedad cardiovascular; la enfermedad cerebrovascular se observa en pacientes con pobre estatus bucal; la placa dental y especialmente casos de periodontitis pueden ser fuente de bacterias y causar neumonías, y que existe evidencia de coexistencia de infecciones crónicas orales con dermatitis, nefritis, artritis y diabetes mellitus.⁶

Romero y col. (2004) presentaron un resumen actualizado de las enfermedades bucales y su repercusión sistémica encontrando referencias sobre: el canal radicular como lugar de brote de actinomicosis sistémica; ulceración crónica del

paladar duro como el primer signo de tuberculosis pulmonar no diagnosticada; sífilis secundaria inicialmente diagnosticada por lesiones orales; sarcoma de Ewing primario que envuelve al hueso de la cabeza y cuello antes de repercutir sistémicamente; citomegalovirus mucosal oral como una de las primeras manifestaciones del SIDA; la sistémica exposición hematógena a los estreptococos orales como potencial factor iniciador de endocarditis bacteriana; la infección como factor de riesgo para aterogénesis y eventos trombóticos; y asociación significativa entre el componente periodontal del índice dental y la isquemia cerebrovascular. Llegando a las conclusiones: que en el Perú hay muchas enfermedades orales que repercuten sistémicamente sin ser reportado o confirmado su diagnóstico para su prevención y tratamiento. Existe la necesidad de actualizar los conocimientos de las enfermedades bucales y su repercusión sistémica. El presente trabajo buscó actualizar los conocimientos de las enfermedades bucales y sus relaciones con las diferentes enfermedades sistémicas, las cuales no están muy difundidas entre los miembros del equipo de salud y que son muy importantes y determinantes en la etiología, pronóstico, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales con repercusiones sistémicas.⁷

Gutiérrez y col. (2004) realizaron un estudio donde utilizaron un cuestionario de riesgos médicos (EMRRH) que fue propuesto por un grupo de investigadores europeos, con el fin de estudiar la prevalencia de los 7 antecedentes médicos en una población que acude a la consulta dental para el tratamiento. Los resultados fueron que, de 716 pacientes que fueron registrados, 219 tenían un historial médico que es de cierto interés para los odontólogos. Hubo diferencias significativas entre la edad media de la población con y sin antecedentes médicos ($p < 0,005$). En segundo lugar, el 30,6% de la población tenía problemas médicos ($N = 219$), diferenciando a aquellos pacientes que podían tener un bajo, medio o alto riesgo de complicaciones a la hora del tratamiento dental: 17,31% de los pacientes fueron clasificados como riesgo

quirúrgico ASA II; 9,49% como ASA III, y el 2,51% como ASA IV. Entre las diversas patologías, el mayor porcentaje fue la hipertensión (13,8%), seguida de las alergias a fármacos diferentes (8,37%), palpitaciones (7,82%), patología respiratoria (5,16%) y la diabetes (4,3%). Concluyeron que es evidente la necesidad de una detallada historia clínica que debido a la actual prevalencia de estas patologías teniendo en cuenta por encima que sí se podría perjudicar gravemente la salud del paciente con el tratamiento dental.⁸

Grilli y col. (2005) realizaron un estudio sobre la interrelación multiprofesional basado en la interconsulta como una acción de rutina. Se tomaron un total de 66 participantes, 22 entre profesionales médicos y odontólogos que laboran en Hospitales Públicos, Privados y Centros de Salud, 22 entre docentes responsables de programas de estudios de la carrera de odontología y medicina y 22 entre estudiantes de Medicina y Odontología. Obteniendo como resultados, que de los profesionales médicos y odontólogos, el 86% responde que realiza en forma rutinaria interconsultas a otros profesionales, pero solamente lo hacen en casos necesarios. Por otra parte, los docentes de la carreras de odontología y medicina responden, en un 59,1%, no contemplan la interconsulta como una acción de rutina dentro de los programas como contenido, y por último, los alumnos responden con un 50,1% que los contenidos impartidos durante la formación de grado, contemplan poco la interconsulta como acción de rutina. Concluyendo que los profesionales de la salud, tenemos que sumar esfuerzos para que podamos entender entre todos la necesidad de una “Atención Integradora” que se debe prestar a los pacientes; además, los docentes deben comprometerse en la formación de los futuros profesionales, para lograr que ellos tengan una visión de sus pacientes como “individuos”, para que logren primero, interpretar las características del mismo, para luego poder poner en práctica los procesos de Promoción de la Salud, Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento para cada uno de sus pacientes en forma particular, correlacionados con los factores etiológicos

en particular y con factores relacionados con lo que hacen al individuo en general, como son estados de ánimo, enfermedades sistémicas, lugar de trabajo, condiciones laborales y de vivienda, etc.⁹

Sosa y col. (2005) realizaron un estudio descriptivo a través de una encuesta a un grupo conformado por 1328 empleados del Hospital General “Dr. Victorino Santilla Ruiz” – Venezuela sobre la interconsulta por enfermedades bucales. Concluyeron que “la caries dental” es la primera causa de enfermedad en la cavidad bucal del individuo y causa por la cual, realizarían una interconsulta al servicio de medicina bucal, quizás obviando o desplazando al odontólogo, en el instante que se presente con una lesión tumoral.¹⁰

Mercado y col. (2006) realizaron un estudio donde evaluaron la prevalencia de enfermedades de pacientes que llegaron al servicio de Odontología del Hospital de Agudos R. Gutiérrez de la ciudad de La Plata. También, intervinieron en las interconsultas que se realizaron con los demás servicios y en la visita a pacientes internados en las salas del hospital. Los resultados de las lesiones, enfermedades y síndromes que presentaron fueron agrupados para su mejor registro de la siguiente manera. Sobre un total de 549 lesiones y enfermedades registradas se presentó una prevalencia según patologías de: 1. Infecciones de la mucosa bucal [a) Enfermedades bacterianas, 17 (3,1%); b) Micóticas superficiales y profundas, 108 (19,67%); c) Virosis, 18 (3,28%); d) Parasitosis, 2 (0,86%)]; 2. Lesiones de enfermedades inmunológicas, 83 (15,12%); 3. Alteraciones de la ATM, 28 (5,1%); 4. Enfermedades de las glándulas salivales, 36 (6,55%); 5. Patología de las piezas dentarias, 19 (3,46%); 6. Lesiones gingivales y periodontales, 23 (4,2%); 7. Seudotumores de la mucosa bucal 36 (6,55%); 8. Tumores benignos, 22 (4%); 9. Malformaciones de los tejidos blandos, 4 (0,73%); 10. Alteraciones de la pigmentación, 9 (1,64%); 11. Trastornos bucales de origen neurológico, 15 (2,73%); 12. Alteraciones hematológicas, 4 (0,73%); 13. Lesiones precancerosas, 74 (13,48%); 14. Tumores malignos, 10

(1,82%); 15. Enfermedades sistémicas, 35 (6,38%). Del estudio, se revela que las micosis superficiales fueron las más prevalentes seguidas por aftas, líquenes atípicos y carcinomas a células escamosas. Dentro de sus conclusiones, mencionan que las demás especialidades, integradas al Servicio de Odontología/Estomatología, permitirían una acción en conjunto del equipo sanitario, por un fenómeno de retroalimentación.¹¹

Saleh y col. (2007) realizaron un estudio sobre la prevalencia de las condiciones médicas en la atención dental en una clínica de Jordán, con un total de 1509 pacientes, 41,6 % hombres, 53,9% mujeres entre los 14 y 78 años, obtuvieron como resultados que la enfermedad gastrointestinal fue más prevalente (11,9%), seguido de tendencias hemorrágicas (9,3%), trastornos renales (8,7%), enfermedades respiratorias (8,3%) e hipertensión (6,4%). Concluyeron que una alta proporción de pacientes ha tenido un pasado con la historia médica gastrointestinal, tendencias hemorrágicas, trastornos renales y respiratorios, siendo las más frecuentes condiciones. Otra conclusión fue que una minuciosa evaluación de la historia médica de los pacientes, debería ser obligatoria antes de comenzar cualquier tipo de tratamiento dental.¹²

Scully y col. (2007) realizaron una revisión de enfermedades sistémicas que tienen impacto en la salud bucal comunes en los adultos mayores que son funcionalmente independientes encontrando enfermedades como artritis, cáncer de cabeza y cuello, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, salud mental, osteoporosis, enfermedad de Parkinson y accidente cerebrovascular. Llegaron a las conclusiones que, para proporcionar buenos servicios de salud bucal, los profesionales dentales deben entender las necesidades especiales de las personas mayores y su capacidad para someterse y responder a la atención; también, deben de trabajar en estrecha colaboración con el resto del equipo de atención médica, y se deben preparar para la gestión de emergencias.¹³

Sotosek y col. (2007) realizaron un estudio donde el propósito fue evaluar el estado general de salud en relación al de salud dental. La muestra total fue de 2045 historias médicas de pacientes captados a través de una encuesta. Dichos cuestionarios fueron llenados personalmente por los pacientes que asistieron al departamento de Endodoncia y Odontología Restauradora en el año 2005. El análisis demostró la presencia de algún tipo de enfermedad en el 30,1% de los pacientes. Quienes encabezaron la lista de incidencia fueron las enfermedades cardiovasculares (14,7%), además de diversas enfermedades alérgicas (13,1%). Un 1,5% había desarrollado hepatitis viral, mientras que el 0,6% de los pacientes, incluso habían tenido TBC. Un pequeño porcentaje de pacientes (0,2%) admitió la seropositividad al VIH. Concluyendo que la alta incidencia de enfermedades sistémicas en pacientes dentales y el aumento del consumo de medicamentos en los pacientes ancianos, indica la necesidad de mejorar la educación del dentista a fin de permitir su adecuada actitud hacia estos pacientes. La presente investigación mostró una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares y alérgicas, así como un alto consumo de drogas en los pacientes de edad avanzada, que pueden ser de importancia crítica para un dentista cuando realizan la planificación del tratamiento dental y en cuanto a la prevención de posibles complicaciones.¹⁴

Baez y col (2012) Realizaron un estudio descriptivo al revisar una muestra de las interconsultas a especialidades realizadas por 26 médicos de familia. Por cada una se elaboró un cuestionario que recogía datos del paciente, motivo y características de la derivación. Como resultado se recogieron 332 interconsultas; la edad media de los pacientes fue de 51,3 años; el 60,1% mujeres; el 30,7% pensionistas; el 54,8% presentaban patología crónica; el 85,8% procedía del medio urbano. Las especialidades más consultadas fueron: Traumatología (63), Ginecología (53) y Oftalmología (41). El 78,9% fueron vía normal y 47,4% fueron primeras consultas. Un 12,7% eran revisiones programadas, en su mayoría (51,4%) por el especialista

hospitalario. El 69,8% precisaba seguimiento o tratamiento por el especialista. El 57,7% requería pruebas diagnósticas especiales. En el 29,8% no estaba claro el diagnóstico. En el 28,9% de las derivaciones había antecedentes de consulta reiterada por esa sintomatología. En el 38,4% hubo solicitud expresa por familia o paciente. El 5,4% tenía mala relación con el paciente. Concluyeron que la mayoría de las derivaciones se hacen por vía normal y a especialidades quirúrgicas; la necesidad de seguimiento y/o tratamiento por parte del especialista hospitalario o la imposibilidad de solicitar determinadas pruebas desde atención primaria fueron los principales motivos para solicitar la atención del segundo nivel asistencial; y que existe un alto porcentaje de interconsultas inducidas por la familia/paciente.¹⁵

Montero y col (2014) Realizaron un estudio observacional prospectivo de 8 meses de duración en la que cual se analizaron variables demográficas, relacionadas con la procedencia de la interconsulta, comorbilidad, estancia y mortalidad hospitalaria, urgencia, demora ingreso-solicitud y, en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, si fue solicitada antes o después de la intervención. Como resultado se recibieron 215 interconsultas (27 consultas/mes). La edad media fue de 69,8 años (mujeres 50%). El 30,7% fueron solicitadas por servicios médicos y el 69,3% por servicios quirúrgicos. Un 13% de las interconsultas estuvieron duplicadas. El servicio de medicina interna no era el servicio consultado adecuado en el 23,3% (13,0% solicitadas por el mismo motivo a otro servicio y en el 14,3% la enfermedad era propia del servicio solicitante). La demora entre el ingreso y la solicitud de interconsulta fue de 12,6 días. El 90,7% de las interconsultas solicitadas a pacientes intervenidos se emitieron después de la intervención. No hubo diferencias en las características de las interconsultas entre los servicios médicos y quirúrgicos.¹⁶

Idrovo Gonzalez, A. (2016) Realizo un estudio descriptivo en busca de analizar las propiedades específicas de las mujeres embarazadas que presentan un problema cardiovascular que fueron derivadas del servicio de cardiología al servicio de

odontología para de esta manera poder realizar un correcto abordaje odontológico y evitar que se presenten urgencias en la consulta dental. Se obtuvo como resultado que la mayoría de las gestantes desconocen sobre las enfermedades cardiovasculares que se pueden generar en el embarazo y la mayoría de las pacientes que sufren de hipertensión gestacional son jóvenes de 18 a 25 años. ¹⁷

Aller y col. (2017) Realizaron un estudio descriptivo de las interconsultas realizadas a neurología durante un año en un centro hospitalario. Se incluyó a 472 pacientes. Servicios más demandantes: Medicina Intensiva 20,1%, Medicina Interna 14,4% y Cardiología 9,1%. Motivos interconsulta: ictus 26,9%, epilepsia 20,6% y cuadros confusionales 7,6%. Objetivo interconsulta: diagnóstico 56,3% y tratamiento 28,2%. En el 69,5% de los casos fueron necesarias pruebas complementarias. En el 18,9% se ajustó el tratamiento y se introdujo al menos un medicamento en 27,3%. El 62,1% de las interconsultas se resolvieron con una valoración. El 11% precisó reevaluación y un 4,9% fue trasladado a neurología. El 16,9% de los pacientes fallecieron durante ingreso (de ellos, en el 37,5% el motivo fue el diagnóstico de muerte encefálica). El 45,6% fue derivado a neurología al alta y consultó en urgencias un 6,1% por motivos neurológicos en los 6 meses posteriores al alta. Se concluyó que las interconsultas facilitan el diagnóstico y el manejo de pacientes con enfermedades neurológicas, posiblemente disminuyendo las consultas de estos pacientes en urgencias. ¹⁸

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1. Salud general

La salud puede ser entendida como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. Por ende, se define como uno de los anhelos más esenciales del ser humano, es la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad. Adicionalmente, la salud es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, implica una condición de posibilidad que permite la realización del potencial humano de cualquier persona.

Antropológicamente no se le considera como una simple ausencia de enfermedad. La salud implica un concepto múltiple, porque permite distintas visiones de la misma; relativo, porque depende de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique; complejo, porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte; dinámico, porque es cambiante y admite grados y abierto, porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción.

El concepto de "salud" que dio la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nueva York el 22 de julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna firmada por 61 Estados, fue "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo".¹⁹

La salud es una realidad existencial que debe aspirar a la mayor plenitud del ser humano, pero también puede ser interpretada como un derecho humano básico, y ahí sí que será necesario establecer unos límites lógicos, pues no en vano hay aspectos que socialmente pueden ser imposibles de lograr. Garantizar a todo el mundo el derecho de acceso a una adecuada asistencia médica puede ser correcto, pero el

derecho a la salud sólo puede asegurarse con el ejercicio de una responsabilidad personal; es decir, la salud es una responsabilidad que cada uno deberá personalmente asumir. Más aún, se puede decir que estamos, en cierta manera, obligados moralmente a no atentar contra la salud y a intentar recuperarla cuando la veamos mermada o perdida. Esto puede prestarse a pensar que la salud más que un derecho es un deber personal y social, y en cierto modo lo es, aunque también es un derecho inexcusablemente social.

La definición reconoce, acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.²⁰

Por otro lado, tanto la salud como la enfermedad están condicionadas o dependen de muchos factores que interactúan entre sí: factores biológicos o endógenos, factores propios del entorno, factores relacionados con los hábitos de vida, calidad del sistema sanitario, etc. Estos factores determinantes del estado de salud y bienestar de las personas -biológicos (factores físicos y psíquicos, genéticos, endocrinos, edad), estilo y hábitos de vida (nutrición, sedentarismo, comunicación, valores, creencias, roles, costumbres), entorno (clima, migraciones, natalidad-mortalidad, vivienda, calidad del aire y del agua, sistema educativo, religión, empleo y paro, ingresos económicos) y servicios sanitarios (cantidad y calidad de centros de salud, profesionales sanitarios, camas/habitantes, hospitales, servicios sociales) configuran, de alguna manera, todo el entramado del concepto salud. La suma positiva de estos factores da lugar a lo que comúnmente se conoce como salud integral. Según esta concepción, la salud es fruto del equilibrio dinámico resultante del potencial genético del individuo, del conocimiento y la capacidad de adaptación del individuo y de la calidad del ambiente en el que vive. El estilo de vida que adoptan las personas y las condiciones del entorno condicionan su salud. Así pues, desde un enfoque integrador y convergente, podemos decir que la

salud es uno de los mayores bienes del ser humano y que se inscribe en todas las dimensiones de su existencia.²¹

3.2.2. Salud estomatológica

El sistema estomatognático es el grupo de órganos que contribuyen con la masticación, deglución, fonación. Está integrado por músculos, lengua, dientes, huesos y articulaciones, además de mucosa y piel de cabeza y cuello.²²

La salud estomatológica se considera fundamental para la existencia de una buena salud general y una buena calidad de vida. Implica la ausencia de enfermedad periodontal, caries dental, pérdida dental, dolor orofacial, cáncer bucal o de garganta, infecciones y otras lesiones bucales que limitan a la persona afectada a morder, masticar, sonreír y hablar, y por ende, afectan su bienestar psicosocial.²³

La salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas, como respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, entre otros.

Es así como actualmente las facultades de estomatología presentan una tendencia a formar un odontólogo más integral acorde con las necesidades de salud bucal de la población en correspondencia con el Sistema Nacional de Salud.

Por ello, el odontólogo general debe conocer profundamente áreas como la genética, inmunología, microbiología, control biológico, nutrición, tecnología educativa, epidemiología, informática y además, tener una sólida formación humanística que le permita conocer al hombre como ser biosocial.²⁴

3.2.3. Historia clínica

La Historia Clínica y todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico. Su correcta administración y gestión contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.²⁵

La historia clínica sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que puede ser presuntivo inicialmente, y se afirmará o negará con el análisis del resultado de los exámenes complementarios.

La historia clínica es el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación, y rehabilitación de la salud.

La historia clínica tiene los siguientes valores:

- ✓ Científico
- ✓ Docente
- ✓ Investigativo
- ✓ Administrativo
- ✓ Legal

TIPOS DE HISTORIA CLÍNICA

A) Estructurada según las fuentes de información

También conocida como historia clínica tradicional o de viejo estilo. En este tipo de expediente los datos se registran en secuencia cronológica. Sus secciones se titulan según el personal fuente de los datos como sigue: notas médicas, notas de enfermería, historia psicosocial, reporte de exámenes complementarios y notas administrativas. En este formato se refieren los datos y problemas del enfermo de índole diversa, como anotaciones en orden cronológico de muchas personas del equipo de salud que deben ser sintetizadas por el médico de asistencia, quien a su vez hará una evaluación integral de las dificultades encontradas y planificará, coordinará y preparará las decisiones y eventos que serán recogidos como notas de evolución. Consta de las siguientes partes:

1. Datos administrativos.
2. Anamnesis: Datos de identidad, motivo de consulta/ingreso, historia de la enfermedad actual, antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos tóxicos y datos ambientales, historia psicosocial, interrogatorio por sistemas y síntomas generales.
3. Examen físico: general, regional, por sistemas.
4. Historia psicosocial: Nacimiento y desarrollo psicomotor, historia educacional, historia psicosexual y matrimonial, adaptabilidad social, actividades generales e intereses, historia médica psicopatológica anterior, historia socioeconómica.
5. Discusión diagnóstica.
6. Control de laboratorio.
7. Evolución.
8. Hoja de especialidades (Interconsultas).
9. Indicaciones médicas.
10. Observaciones de enfermería.
11. Hoja de egreso.

B) Estructurada por problemas de salud

Denominada de nuevo estilo; como característica distintiva está estructurada por problemas de salud conservando la secuencia cronológica y los datos están organizados dentro de problemas diversos, identificados por las diferentes fuentes. Las notas de evolución estarán incluidas dentro de cada problema identificado y se confeccionan siguiendo la cronología ya especificada. Sus componentes son:

1. Datos administrativos.
2. Información básica: Motivo de ingreso o consulta, anamnesis reciente, historia de las enfermedades actuales, anamnesis remota, antecedentes patológicos personales y familiares, perfil del paciente (Situación conyugal, situación familiar, situación psiquiátrica, situación laboral, situación económica, situación política), interrogatorio por sistemas y aparatos, examen físico.
3. Listado inicial de problemas. Lista maestra.
4. Discusión diagnóstica/patoflujograma.
5. Planes iniciales.
6. Notas de evolución y consultación.
7. Indicaciones médicas.
8. Anotaciones de enfermería.
9. Resumen al egreso.²⁶

La historia clínica como documento del médico, que ejerce la doble función de profesional y científico de la ciencia clínica, debe ser expresión fiel de las concepciones ya expuestas.

Problemas teóricos de la práctica en la confección de la historia clínica:

- ✓ Deficiente utilización del lenguaje médico con su terminología y errores gramaticales graves.
- ✓ Empleo de formas puramente descriptivas con ausencia total y reiterada de pensamiento médico y juicio clínico.
- ✓ Presencia de información no válida abundante.
- ✓ La concepción del expediente clínico como un elemento estático.²⁷

3.2.4. Interconsulta

La interconsulta médica es un proceso que se lleva a cabo en la atención de un paciente en un puesto de salud. La interconsulta o también llamada derivación sanitaria, es la recomendación de un profesional médico o paramédico, el acto de enviar al paciente a otro médico o terapeuta mediante autorización escrita, para garantizar información organizada e útil al ser complementada el diagnóstico, tratamiento de rehabilitación. La interconsulta ocurre cuando el médico o profesional de la salud que lo atiende considera necesario que usted sea evaluado por un médico especialista.²⁸

Todos los médicos, independientemente de su especialidad, necesitan en ciertos casos los consejos de otros sobre la atención a determinados pacientes. A medida que los médicos centralizan su entrenamiento y limitan su trabajo dentro de los marcos cada vez más estrechos de algunas especialidades, menos oportunidades van a tener de resolver los múltiples problemas que puedan presentar sus pacientes, y más van a necesitar de las opiniones de otros profesionales de la salud.

La interconsulta consiste en la comunicación entre el médico de familia, que requiere asesoría, y el especialista que la aporta. El primero radica en el consultorio, mientras que el especialista procede del hospital o el policlínico correspondiente. El objetivo de la interconsulta es, además de dar la atención óptima al problema de salud que presenta un paciente, un recurso docente destinado a aumentar el nivel de competencia del médico de familia en su labor asistencial.

En la interconsulta el médico de familia solicita orientación en el “manejo” de un problema del paciente o en su atención total, pero para ello debe existir una adecuada comunicación entre él y a quien realiza la interconsulta, con el objetivo de lograr la mejor información posible y llegar a la decisión más efectiva. La persona a quien realiza la interconsulta puede ser un médico de cualquier especialidad, o un miembro de cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud. Se deben haber efectuado

las investigaciones y estudios necesarios antes de solicitar una interconsulta, y el médico de familia debe elaborar un presunto diagnóstico. Le expondrá claramente al otro profesional de salud el motivo por el cual se solicita su opinión, y al mismo tiempo, se le deben explicar al paciente las razones de esa interconsulta, teniendo en cuenta siempre que este se convenza de que es un procedimiento para mejorar su atención, y no una falta de competencia de su médico de familia.

Después de haber analizado el caso con el otro profesional de salud, el médico de familia debe continuar con la responsabilidad de la atención al paciente, total o compartida con el especialista, en los casos en que se necesite un seguimiento continuado por este último. Nunca se debe perder el contacto con el paciente. Las razones fundamentales para la interconsulta son:

- ✓ Necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad.
- ✓ Por orientación de algunos programas de salud.
- ✓ Necesidad de un enfoque multidisciplinario.
- ✓ A solicitud del paciente o la familia.
- ✓ Evolución no satisfactoria del problema del paciente.
- ✓ Para tranquilidad del médico.

Es muy importante que el especialista a quien se le solicito la interconsulta informe adecuadamente, enseñe sin disertar, oriente sin dar órdenes, resuelva los problemas sin hacer que el médico que solicita la interconsulta o haga la referencia parezca un incapaz, y que aunque el diagnóstico del médico de familia estuviera equivocado, no desmeritarlo sino reconocer su esfuerzo.²⁹

3.2.5. Modelo de Atención Integral en Salud

El proceso salud – enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto/sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo.

Los paradigmas del proceso de salud – enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención; constituyen así los modelos de atención a la salud.

Un modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora – con especial énfasis – la dimensión preventivo – promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.³⁰

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

Se preocupa por que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

El modelo de atención integral propuesto releva como foco de atención a la familia; reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto.

Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local.³¹

Para mejorar la situación de la salud se debe tomar en cuenta -como característica esencial y condición necesaria- el enfoque multidisciplinario y el trabajo en equipo, porque la confluencia de los diferentes enfoques disciplinarios permitirá un análisis integral de la salud, no sólo de las personas y familias, sino también de la comunidad en conjunto.

Constituir de manera progresiva el equipo básico de salud con formación en salud familiar y comunitaria (EBSFC) es vital en este contexto social, comunitario y familiar, a fin de comprender las distintas dimensiones de vida de cada población, para que así podamos utilizar mejor los recursos existentes, ya sea a nivel familiar, comunitario y social.

La conformación de estos equipos, responsables de poblaciones pequeñas de familias, facilita el acercamiento, identificación y diagnóstico de las principales necesidades de salud así como definir su plan de intervención.

La finalidad del modelo de atención es mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud.³²

El modelo de atención integral de salud se basa en los siguientes aspectos:

I. CONTEXTO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1.1. Progresos en la implementación de la atención integral de salud en el Perú.

1.2. Avances en la reforma sanitaria en el Perú.

1.3. La atención primaria de salud renovada (APS-R).

II. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

2.1. La evolución del concepto de salud y de atención de salud.

2.2. Los determinantes sociales de la salud.

2.3. Las dimensiones políticas y operativas.

2.4. Principios y valores orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud.

2.5. Enfoques que influyen en la definición del Modelo de Atención Integral de Salud.

2.6. Configuración general del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

2.7. Características generales del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

2.8. Concordancia entre el MAIS-BFC y las estrategias de APS-R.

III. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

3.1. Componente de gestión

3.2. Componente de organización de los servicios para la prestación.

3.3. Componente de prestación de servicios de salud.

3.4. Componente de financiamiento.

3.5. Articulación de los componentes y sus elementos para responder a los principios, valores y enfoques del MAIS-BFC.

IV. CONDICIONES DE ÉXITO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-BFC

- 4.1. El cambio en el paradigma sobre la atención de salud.
- 4.2. La necesidad de asegurar políticas de desarrollo de recursos humanos para la implementación del MAIS-BFC.
- 4.3. Necesidad de reordenar el financiamiento de los servicios de salud para hacer posible la implementación del MAIS-BFC.
- 4.4. Construyendo el MAIS-BFC desde la dimensión política.
- 4.5. Refuerzo de la acción intersectorial y de la participación ciudadana.
- 4.6. Necesidad de actualizar y completar el marco normativo para operacionalizar el MAIS-BFC.³³

3.2.6 Relación Medicina-Odontología

La odontología se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema estomatognático que pueden indicar enfermedades locales o manifestaciones de problemas sistémicos. Aquellos pacientes con alteraciones fisiológicas requieren una valoración y consideración completa de su estado de salud a fin de planear y proporcionar el tratamiento dental más adecuado para ellos como parte de la atención médica total.

En la práctica, la odontología es considerada como una de las diversas especialidades de la medicina. Y es tan seria e importante para nuestra salud como cualquier otro tipo de problema. Es por esto esencial que al paciente se le practique una historia clínica general y dental completa antes de iniciar un tratamiento.

La historia médica incluye información sobre cualquier enfermedad importante o grave que haya padecido el paciente. Aunque tal vez la historia médica no contribuya al diagnóstico de la molestia principal, proporciona información sobre las características físicas del paciente, su susceptibilidad y

respuesta a infecciones y su reacción emocional a las enfermedades, que son factores que pueden influir en la planeación del tratamiento y el pronóstico.³⁴

Las valoraciones iniciales que hacen los odontólogos de los tejidos extrabucal e intrabucal pueden ayudar a detectar algún problema general y efectuar la recomendación de que el paciente acuda a una consulta médica adecuada cuando se sospecha de la presencia de una enfermedad sistémica.

Es preferible pedir a los pacientes que nos informen sobre las enfermedades que hayan padecido y requirieron atención médica. Además de preguntar sobre enfermedades graves en general y si conoce algún antecedente de cardiopatía, fiebre reumática, soplo cardíaco u otros síntomas que sugieran fiebre reumática o cardiopatía reumática. Desafortunadamente, como la fiebre reumática ocurre con mayor frecuencia entre los seis y diez años, muchos pacientes no recuerdan esta información vital. Se conoce bien la relación que puede presentarse entre cardiopatía reumática y endocarditis, en pacientes con esta afección como resultado de intervenciones dentales.

Tampoco hay que olvidar que un enfermo que recibió en fecha reciente una transfusión sanguínea puede alojar virus de la hepatitis un peligro potencial para cualquiera que se exponga a su sangre o secreciones bucales en aerosol.³⁵

Un informe de la Dirección General de Salud Pública en EE.UU. sobre salud bucal afirma que una buena salud bucal es esencial para conservar la salud general del individuo. Particularmente en el caso de las mujeres, un gran número de investigaciones han relacionado la enfermedad de las encías con una variedad de problemas de salud general, debido a que la enfermedad de las encías es una infección bacteriana, y las bacterias pueden ingresar en el torrente sanguíneo y convertirse en un factor causal de otras complicaciones de salud, como por ejemplo:

Enfermedades cardíacas: Las personas con enfermedad de las encías presentan un mayor riesgo de alteraciones cardíacas con casi el doble de probabilidades de padecer un ataque cardíaco fatal. Las enfermedades cardíacas constituyen el factor número uno de fallecimiento de mujeres norteamericanas.

Infarto: Un estudio identificó una relación superficial entre las infecciones bucales como factor de riesgo de infartos.

Diabetes: Las personas que padecen diabetes son más propensas a tener enfermedades de las encías y éstas pueden dificultar los controles de azúcar en sangre. La enfermedad gingival o de las encías puede ser un factor de riesgo para la diabetes, inclusive para individuos sanos.

Problemas respiratorios: Las bacterias que proliferan en la cavidad bucal pueden viajar a los pulmones provocando enfermedades respiratorias como neumonía.

En conclusión es claro que existe una relación medicina-odontología que es de vital importancia que nos permita un examen completo, necesario para planear y llevar a cabo con fundamentos el tratamiento dental y a su vez determinar si existe alguna enfermedad sistémica que deberá ser tratado medicamente.³⁶

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Motivo de interconsulta: lesión o enfermedad por la que un profesional de la salud tratante, ya sea médico, obstetra u odontólogo, deriva a un paciente a otro especialista para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento, como para su rehabilitación.³⁷

Médico de familia: también denominado como médico de atención primaria o médico de cabecera, es aquel que se encarga de la sospecha diagnóstica, derivación, seguimiento y acompañamiento del paciente.³⁸

Organización Mundial de la Salud (OMS): es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.³⁹

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Motivo de interconsulta.

Covariables:

- Diagnóstico de salud.
- Servicio que realiza la interconsulta.

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS CODIFICACION
<u>Variable</u> Motivo de interconsulta	Justificación por la que un profesional de salud deriva a un paciente al odontólogo para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	-----	Hoja de interconsulta	Nominal	Dolor Evaluación Desfocalización
<u>Covariable</u> Diagnóstico de salud	Enfermedad definitiva que determina el profesional de salud a un paciente luego de haber realizado examen clínico y exámenes complementarios	General Estomatológico	Hoja de interconsulta	Nominal	Todos los diagnósticos determinados en las interconsultas
<u>Covariable</u> Servicio que realiza la interconsulta	Servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo que elaboran la hoja de interconsulta para ser contestada por el servicio de odontoestomatología.	-----	Hoja de interconsulta	Nominal	Todos los servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo

IV. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Diseño de estudio: Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Dada la naturaleza de la investigación que se llevó a cabo utilizando Historias Clínicas del Hospital Nacional Dos de Mayo de pacientes que hayan sido evaluados por interconsulta al Servicio de Odontoestomatología en el año 2015, se describió los datos registrados en cada una de las interconsultas anteriormente mencionadas.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

4.2.1. Población

La población estuvo conformada por 440 historias clínicas de pacientes a los cuales se les realizó una interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

4.2.2. Muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada por 305 historias clínicas de pacientes los cuales tenían una interconsulta respondida en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015.

4.2.3. Selección de la muestra

Para el presente estudio se tomó una muestra de la población total la cual cumplía con ciertos criterios de selección, lo cuales exigían que las interconsultas se encuentren debidamente contestadas para la recolección de datos, por lo tanto, se excluyó toda interconsulta cuya ortografía no era legible.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio fue descriptivo, la recolección de datos fue en forma indirecta a través del registro de las Historias Clínicas.

Para iniciar el proceso de recolección de datos primero el Hospital Nacional Dos de Mayo autorizó manipular las historias clínicas, luego se procedió a la revisión de las historias clínicas que incluían interconsultas respondidas por el servicio de odontoestomatología y se llenó una ficha elaborada para la presente investigación.

4.4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto se presentó ante la Dirección General del Hospital Nacional Dos de Mayo, para su aprobación o corrección.

4.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para interpretar los resultados de la presente investigación, en función de variables y objetivos, se creó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS Versión 23.0

4.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El análisis y la interpretación de los datos se realizaron basándose en un análisis estadístico de frecuencias y porcentajes, empleando gráficos y tablas, mediante el Programa Estadístico SPSS versión 23.0.

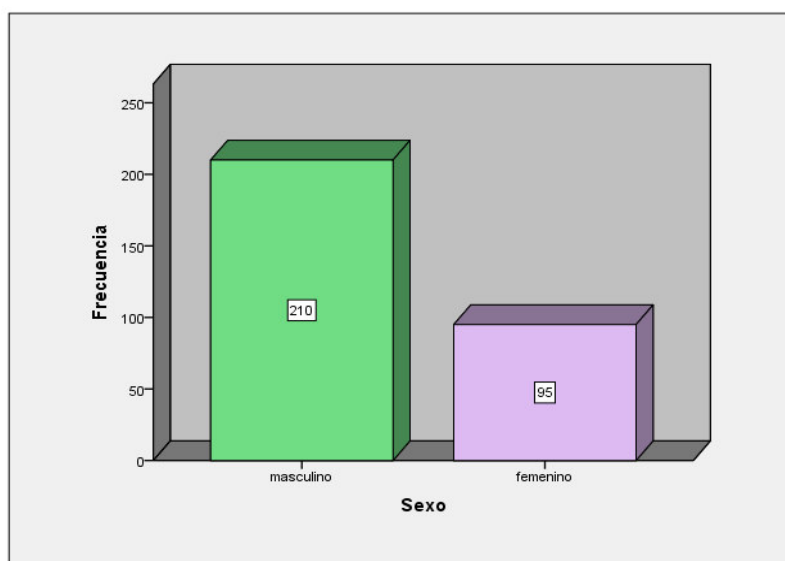
V. RESULTADOS

Tabla No1. Distribución de sexo según la muestra total de pacientes a quienes se les realizó interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	210	68,9
Femenino	95	31,1
Total	305	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfico No1. Distribución de sexo según la muestra total de pacientes a quienes se le realizó interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.



Fuente: instrumento de recolección de datos

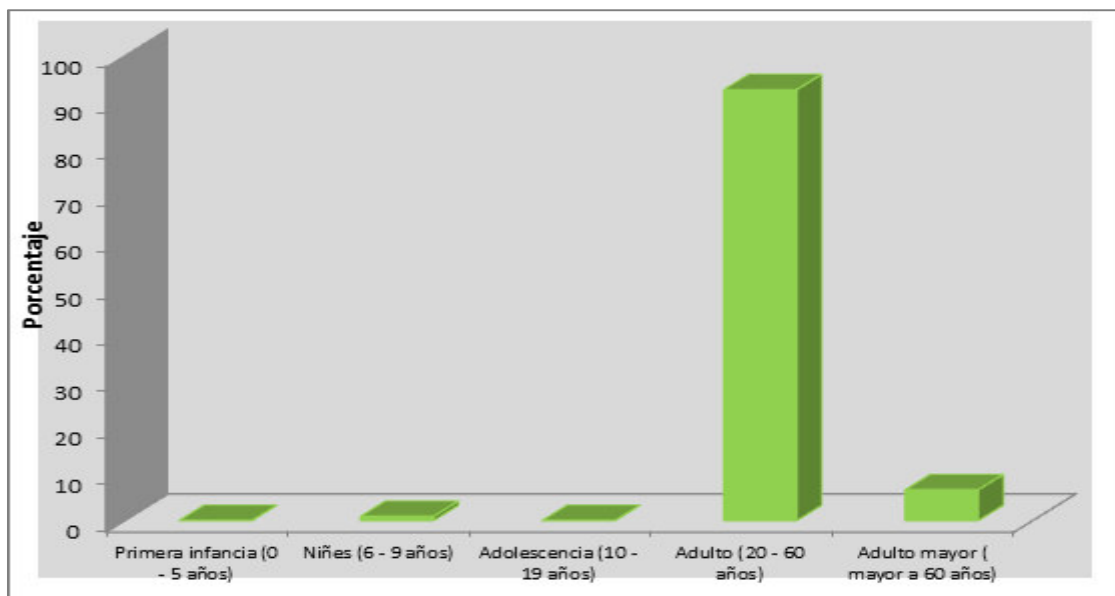
En la tabla 1 y gráfico 1 se observa la distribución de sexo según la muestra total de pacientes a quienes se le realizó interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del hospital nacional dos de mayo en el año 2015 evidenciándose el predominio del sexo masculino con un 68,9%, seguido del sexo femenino con un 31,1%.

Tabla No2. Distribución del grupo etario según la OMS de pacientes a quienes se les realizo interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Primera infancia (0 - 5 años)	0	0
Niñez (6 - 9 años)	3	0.9
Adolescencia (10 - 19 años)	0	0
Adulto (20 - 60 años)	282	92.5
Adulto mayor (mayor a 60 años)	20	6.6
Total	305	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfico no2 Distribución del grupo etario según la OMS de pacientes a quienes se le realizo interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.



Fuente: instrumento de recolección de datos

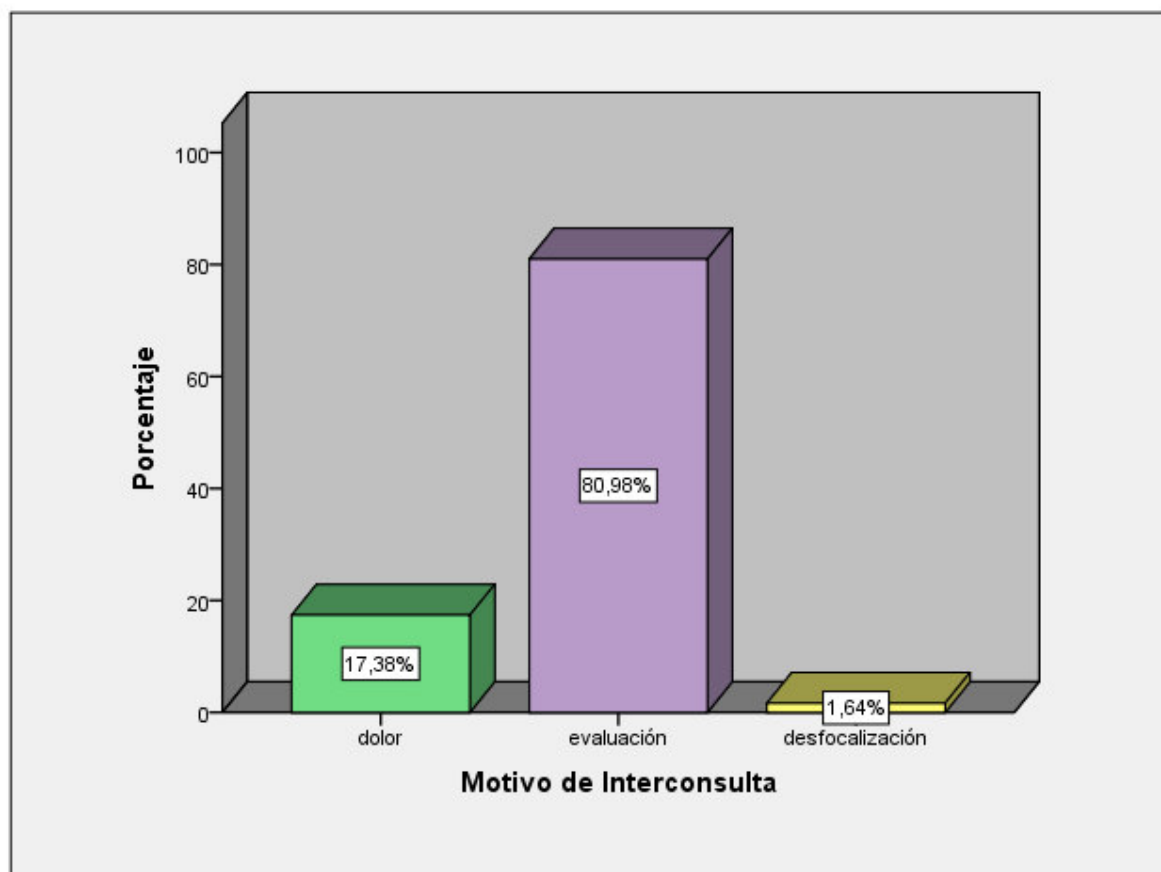
En la tabla 2 y gráfico 2 se observa que son los pacientes Adultos a quienes se les realizan con mayor frecuencia (92,5%) la interconsulta al Servicio de Odontoestomatología, dentro de los cuales el 24,1% son gestantes.

Tabla No3. Motivo de interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
dolor	53	17,4
evaluación	247	81,0
desfocalización	5	1,6
Total	305	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfico No3. Motivo de interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.



Fuente: instrumento de recolección de datos

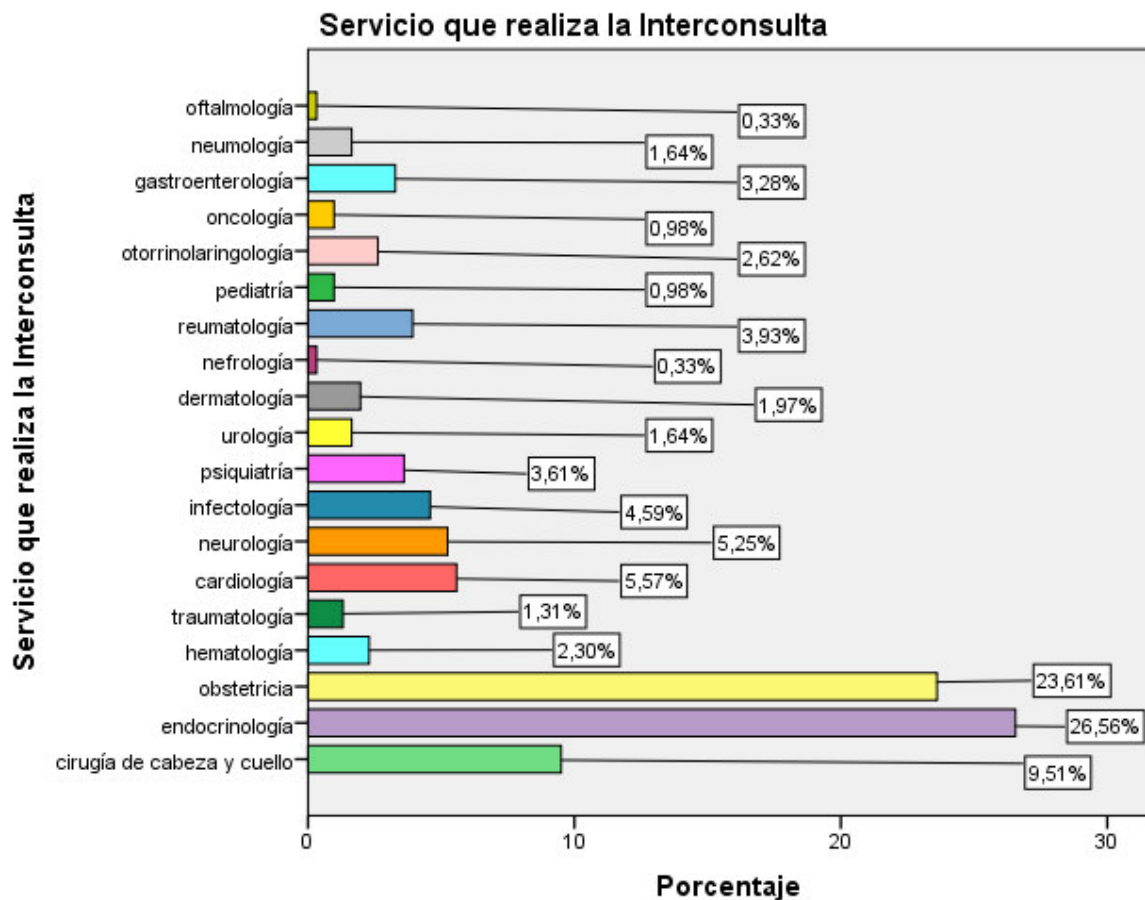
En la tabla 3 y gráfico 3 se observa el motivo de interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015. La evaluación es el motivo de mayor frecuencia (81%), seguido por el dolor (17,4%).

Tabla No4. Servicio que realiza interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
cirugía de cabeza y cuello	29	9,5
endocrinología	81	26,6
obstetricia	72	23,6
hematología	7	2,3
traumatología	4	1,3
cardiología	17	5,6
neurología	16	5,2
infectología	14	4,6
psiquiatría	11	3,6
urología	5	1,6
dermatología	6	2,0
nefrología	1	,3
reumatología	12	3,9
pediatría	3	1,0
otorrinolaringología	8	2,6
oncología	3	1,0
gastroenterología	10	3,3
neumología	5	1,6
oftalmología	1	,3
Total	305	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfico No4. Servicio que realiza interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.



Fuente: instrumento de recolección de datos

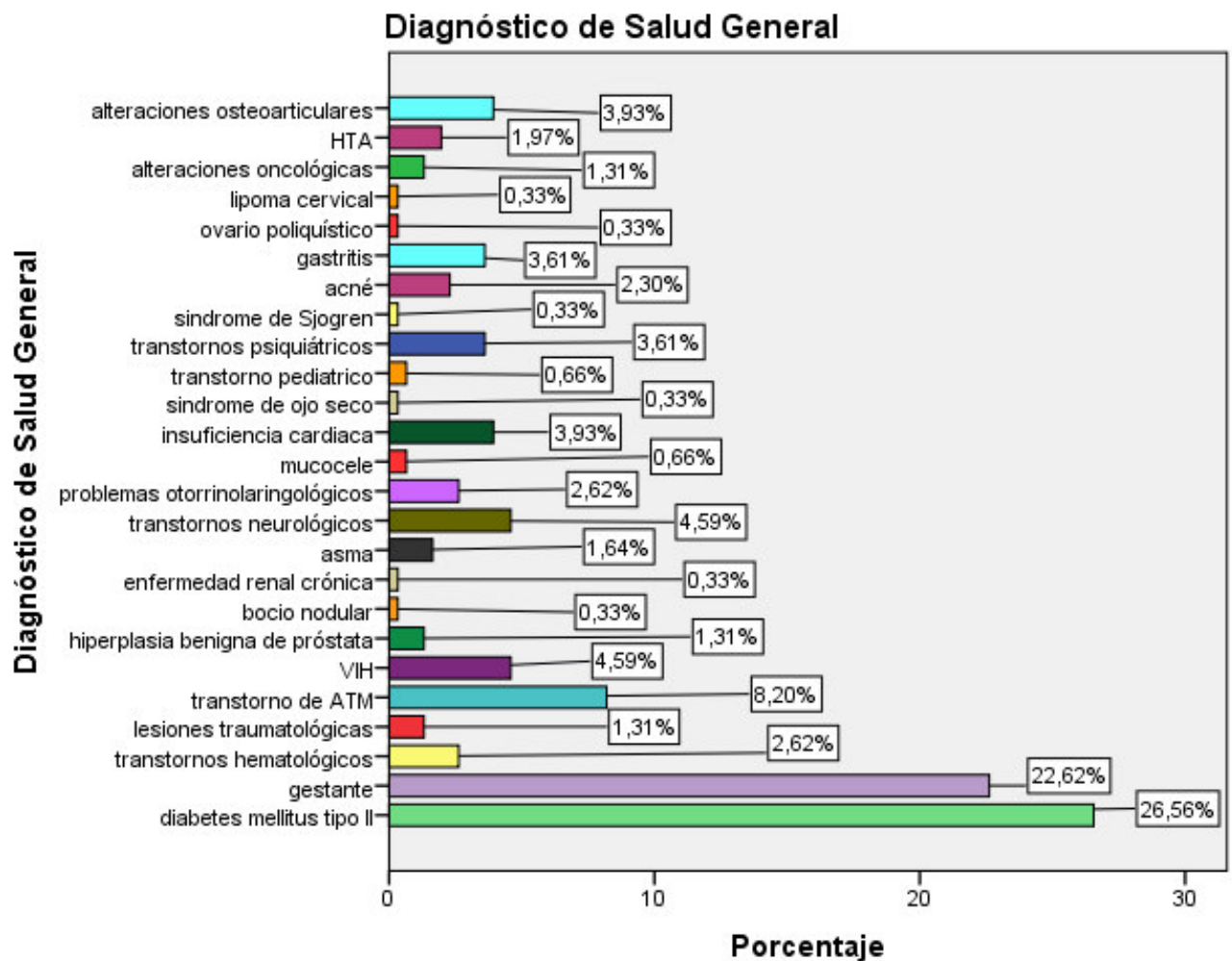
En la tabla 4 y gráfico 4 se observa la frecuencia del servicio que realiza interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015. El servicio de Endocrinología resulto con el mayor número de interconsultas realizadas, con un 26,6%, seguido por los servicios de Obstetricia y Cirugía de Cabeza y Cuello, con un 23,6% y 9,5% respectivamente.

Tabla No5. Diagnóstico de salud general en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
diabetes mellitus tipo II	81	26,6
Gestante	69	22,6
trastornos hematológicos	8	2,6
lesiones traumatológicas	4	1,3
trastorno de ATM	25	8,2
VIH	14	4,6
hiperplasia benigna de próstata	4	1,3
bocio nodular	1	,3
enfermedad renal crónica	1	,3
asma	5	1,6
trastornos neurológicos	14	4,6
problemas otorrinolaringológicos	8	2,6
mucocoele	2	,7
insuficiencia cardíaca	12	3,9
síndrome de ojo seco	1	,3
trastorno pediátrico	2	,7
trastornos psiquiátricos	11	3,6
síndrome de Sjogren	1	,3
acné	7	2,3
gastritis	11	3,6
ovario poliquístico	1	,3
lipoma cervical	1	,3
alteraciones oncológicas	4	1,3
HTA	6	2,0
alteraciones osteoarticulares	12	3,9
Total	305	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfico No5. Diagnóstico de salud general en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.



Fuente: instrumento de recolección de datos

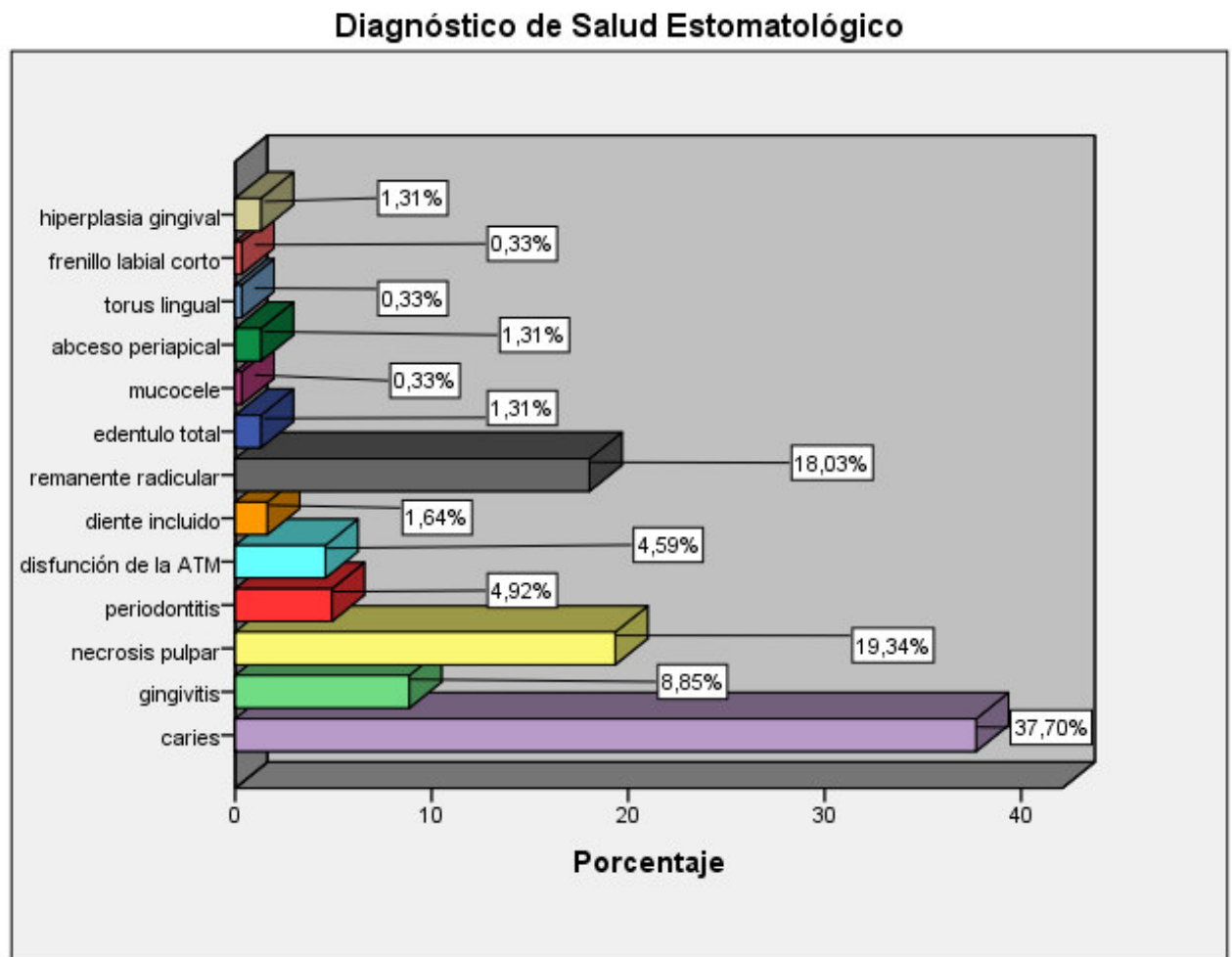
En la tabla 5 y gráfico 5 se observa la frecuencia del diagnóstico de salud general en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015. El diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II resultó predominante (26,6%), seguido por gestante (22,6%).

Tabla No6. Diagnóstico de salud estomatológica más frecuente en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
caries	115	37,7
gingivitis	27	8,9
necrosis pulpar	59	19,3
periodontitis	15	4,9
disfunción de la ATM	14	4,6
diente incluido	5	1,6
remanente radicular	55	18,0
edentulo total	4	1,3
mucoccele	1	,3
absceso periapical	4	1,3
torus lingual	1	,3
frenillo labial corto	1	,3
hiperplasia gingival	4	1,3
Total	305	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfico No6. Diagnóstico de salud estomatológica más frecuente en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015.



Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 6 y gráfico 6 se observa la frecuencia del diagnóstico de salud estomatológica más frecuente en las interconsultas al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015. La caries resulto predominante, con un 37,7%, seguido de la necrosis pulpar y el remanente radicular, con un 19,3% y 18% respectivamente.

VI. DISCUSIÓN

En los resultados se observa que la frecuencia de las interconsultas realizadas a los pacientes del sexo masculino es mayor a los del sexo femenino. Asimismo son los pacientes adultos a quienes se les realiza con mayor prevalencia las interconsultas al servicio de odontoestomatología.

En cuanto a motivos de interconsulta Sosa y col.¹⁰ concluyeron que la caries dental es la principal causa para realizar una interconsulta al servicio de odontología; en este estudio se encuentra que el motivo de interconsulta con mayor prevalencia es la Evaluación con un 81%, seguido del Dolor con un 17,4%, y la Desfocalización con un 1,6%.

Rutsu⁴, encontró que el servicio de Cardiología era el que realizaba la mayor cantidad de interconsultas seguido de los servicios de Medicina Interna, Psiquiatría, Oftalmología, Ortopedia, Urología; en este estudio es el servicio de Endocrinología el que presenta el mayor porcentaje de interconsultas, con un 26,6% (81 casos), seguido de los servicios de Obstetricia (23,6%), cirugía de Cabeza y Cuello (9,5%) y Cardiología (5,6%).

En relación a las enfermedades de los pacientes Hassan y col.¹ Determinan que las enfermedades más prevalente fueron la diabetes y la hipertensión, Kadher y col.¹² obtienen como enfermedades más prevalentes la gastrointestinal seguido de enfermedades hemorrágicas; en este estudio la diabetes es la enfermedad con mayor prevalencia (26,6%), coincidiendo con Hassan y col.¹, seguida por gestantes (22,6%).

Si relacionamos el servicio y la enfermedad con mayor prevalencia de interconsultas al servicio de odontoestomatología, encontramos que estas guardan una relación directa ya que es el servicio de Endocrinología el que se encarga de controlar a aquellos pacientes Diabéticos, y el motivo por el cual este tipo de pacientes son derivados al servicio de odontoestomatología se debe a que por su enfermedad

presentan ciertas manifestaciones orales como gingivitis, periodontitis, xerostomía, candidiasis, fisura lingual, aftas, glositis romboidal, cetoacidosis³⁸ que deben ser diagnosticadas por un odontólogo para dar un diagnóstico más preciso y de esta manera indicar el tratamiento más adecuado para su enfermedad.

Sucesivamente a ello también se observa que coinciden por motivo de interconsulta el servicio de Obstetricia y el estado de gestantes como segundo más prevalentes, el motivo por el cual las gestantes son derivadas al servicio de odontoestomatología es para ser evaluadas y examinar que sus cavidades bucales se encuentren en las mínimas condiciones óptimas para llevar un embarazo sin complicaciones, esto debido a que si la madre gestante presentase alguna infección de una pieza dentaria por una posible fractura coronaria, remanente radicular, etc., y necesitara ser medicada con antibióticos, estos pueden generar alteraciones en la formación del futuro bebe ⁴¹.

Los pacientes del servicio de cardiología que en su mayoría presentan una insuficiencia cardíaca son derivados al servicio de odontoestomatología para ser evaluados de manera tal que no presenten ningún foco de infección en la cavidad bucal que desencadene problemas de mayor complicación, como podría ser el caso de una endocarditis bacteriana debido a piezas dentarias con procesos de infección⁴².

El servicio de Reumatología deriva a sus pacientes al servicio de odontoestomatología en su mayoría de casos debido a que presentan alteraciones osteoarticulares, un caso de estos es el Síndrome de Sjogren, el cual tiene una relación directa con la odontología, debido a que la hiposalivación es un síntoma característico de esta enfermedad y por lo tal ocasiona que la cavidad bucal de este tipo de pacientes presente resequedad en sus estructuras mucosas, así como limitaciones en la apertura y desplazamiento mandibular⁴³.

El servicio de Gastroenterología deriva a sus pacientes que sufren de gastritis al servicio de odontoestomatología para una evaluación y poder diagnosticar las

manifestaciones orales que se suele presentar, aftas y úlceras orales a nivel de las mucosas, glositis atrófica a nivel de la lengua, y queilitis granulomatosa, fisuras, queilitis comisural y eritema perioral a nivel de los labios⁴⁴.

El servicio de Infectología suele derivar a sus pacientes con VIH al servicio de odontoestomatología para ser evaluados, y el papel del odontólogo con este tipo de pacientes comprende la identificación, el diagnóstico y el manejo de las diversas manifestaciones orales relacionadas a la infección por VIH. Un programa de eliminación y control de biopelícula y cálculo dental es muy benéfico para la prevención de complicaciones en este grupo de pacientes⁴⁵.

El servicio de Neurología realiza interconsultas al servicio de odontoestomatología para aquellos pacientes con neuralgia del trigémino, esta enfermedad se caracteriza por presentar dolor localizado en el trayecto de inervación de la rama afectada sin que exista déficit sensitivo. El motivo de la interconsulta es poder dar un diagnóstico más preciso en trabajo conjunto con el odontólogo e indicar el tratamiento correspondiente⁴⁶.

El servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello realiza interconsultas al servicio de odontoestomatología para tratar de manera conjunta a aquellos pacientes que presentan trastorno de ATM de manera que se le pueda dar un diagnóstico definitivo y concreto y establecer el tratamiento más óptimo posible⁴⁷.

Asimismo en este mismo estudio se encontró con respecto a la frecuencia del diagnóstico de salud estomatológica que la Caries resultó predominante con un 37,7%, seguido de la necrosis pulpar y el remanente radicular, con un 19,3% y 18% respectivamente.

VII. CONCLUSIONES

- Existe una mayor cantidad de interconsultas realizadas a aquellos pacientes del sexo masculino en comparación a los del sexo femenino.
- La mayor cantidad de pacientes a los que se les realizó la interconsulta son adultos entre el rango de 20 a 60 años de edad.
- El motivo de interconsulta al servicio de odontoestomatología con mayor frecuencia es la Evaluación, seguida del dolor y por último la desfocalización.
- El servicio de Endocrinología realiza la mayor cantidad de interconsultas al servicio de odontoestomatología seguido por los servicios de Obstetricia, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cardiología y Neurología.
- La Diabetes es el diagnóstico de salud general de mayor prevalencia en las interconsultas al servicio de odontoestomatología, seguido de aquellas pacientes gestantes.
- La Caries es el diagnóstico de salud estomatológica más frecuente en las interconsultas al servicio de odontoestomatología, seguida de Necrosis pulpar, Remanente radicular y Gingivitis.

VIII. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares que tengan mayor tamaño muestral.
- Realizar estudios comparativos entre diferentes instituciones de salud.
- Realizar estudios sobre las actividades que realizan los odontólogos en la atención integral de las personas, tomando este como estrategia nacional de salud.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. HASSAN, A., AL-MUHAIMEED Y., AL-Muhaidib G. Medically-Compromised Saudi Patients Attending the Dental Practice: A Retrospective Study. The Saudi Dental Journal 1996 Sep; 8(3):136-9.
2. LONG R., HLOUSEK L., DOYLE J. Oral Manifestation of Systemic Disease. The Mount Sinai Journal of Medicine. 1998 Oct-Nov; 65(5-6):309- 15.
3. SMEETS Ec., DE JONG Kj., ABRAHAM-INPIJN L. Detecting the Medically Compromised Patient in Dentistry by Means of the Medical Risk-Related History a Survey of 29,424 Dental Patients in the Netherlands. Prev Med. 1998 Jul-Aug;27(4):530-5.
4. RUSTU G. Konsultasyon Hastalarinda Gozlenen Curuk dis Insidansinin Arastirilmesi. Cumhuriyet Universitesi. Dishekimligi Fakultesi Dergesi.1999;2(2):109-11.
5. LI X., KOLLTVEIT K., TRONSTAD L., OLSEN I. Systemic Diseases Caused by Oral Infection. Clinical Microbiology Reviews. 2000 Oct;13(4):547-58.
6. MOROMI H. Bacterias Orales y Enfermedades Sistémicas. Odontología Sanmarquina. 2004 Ene-Jun;8(1):30-4.
7. ROMERO M., PETKOVA M., ROMERO R. Enfermedades Bucales con Repercusión Sistémica. Odontología Sanmarquina. 2004 Ene-Jul;8(1):42-5.
8. GUTIÉRREZ L., MARTÍNEZ A., BULLÓN P. Evaluation of Medical Risk in Dental Practice Through Using the EMRRH Questionnaire. Med Oral. 2004 Aug-Oct; 9(4):309-20.
9. GRILLI M., RETA A., YELACHIN V., BORJAS I., ALDAO S., GIULIANI V. et al. Interrelación Multiprofesional. La interconsulta como una acción de rutina. [Internet] Cuyo 2005 -2006. [Citado 5 Set 2016]. Disponible en http://www.uib.es/catedra_iberoamericana/investigaciones/documents/38.pdf.

10. SOSA L., DAMALLY M., HERRERA M. Medicina Bucal y el Equipo Multidisciplinario. *Odontología Online* [Internet]. 2005. [Citado 5 Set 2016]. Disponible en: http://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Medicina_bucal_y_el_equipo_multidisiplinario_de_salud.html.
11. MERCADO, ML; ROM, M; MICINQUEVICH, S y CASARIEGO, Z. Proyección del estudiante de Patología y Clínica Estomatológica desde el ámbito del claustro de la Facultad al Hospital Público: Registro retrospectivo de las patologías observadas. *Av Odontoestomatol*. 2006, vol.22, n.5, pp.279-285. ISSN 0213-1285.
12. KHADER Y., ALSACED O., ZAAL S., ODEH Z. Prevalence of Medical Conditions Among Patients Attending Dental Teaching Clinics in Northern Jordan. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2007 Jan; 8(1):60-7.
13. SCULLY C., ETTINGER R. The Influence of systemic diseases on Oral Health Care in Older Adults. *JADA*. 2007 Sep;138:7S-14S.
14. SOTOSEK J., JUDIK S., SIMEON P., PRPIC G., BLAZIC Z. The Overall Health-Status of Dental Patients. *Acta Stomatol Croat*. 2007 May;41(2):122-31.
15. BÁEZ J., SÁNCHEZ A., GARCÉS G., GONZÁLEZ R., SANTOS L., LÓPEZ F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Semergen*. 2013;39(2):89---94.
16. MONTERO E., REBOLLAR A., GARCIA M., CULEBRAS A., BARBERO J., LOPEZ J. Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna. *Elsevier*. 2014 May; 214 (4): 192-197.
17. IDROVO A. Abordaje odontológico en mujeres embarazadas con problemas cardiovasculares. *Guayaquil*. Mayo, 2016.
18. ALLER-ALVAREZ J., QUINTANA M., SANTAMARINA E., ALVAREZ J. Descriptive analysis of neurological in-hospital consultations in a tertiary hospital. *Servicio de Neurología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain*. 2017; 32(3):152—157.

19. PIÉDROLA, G. *EL concepto de salud* [Internet]. Madrid, 2009 [citado 27 Nov 2016]. Disponible en <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>
20. WONG R., PELÁEZ M., PALLONI A. *Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador*. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):323–32.
21. ALCÁNTARA G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens, Vol. 9, Núm. 1, junio-sin mes, 2008, pp. 93-107.
22. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud Oral-GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO [Internet]. Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2008 [citado 27 Nov 2016]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/documentos/03Guias/Guia27.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud bucodental. Nota informativa N°318.Abril de 2012 [citado 27 Nov 2016]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
24. RODRÍGUEZ A., DELGADO L. Diagnóstico de salud bucal. Rev. Cubana Estomatol 2006; 33(1).
25. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS [Internet]. NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD. Lima, 2005 [citado 27 Nov 2016]. Disponible en <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Norma%20HC%20V02.pdf>
26. BARRETO J. LA HISTORIA CLÍNICA: DOCUMENTO CIENTÍFICO DEL MÉDICO. Ateneo 2000; 1(1):50-5.
27. FOMBELLA J, CEREIJO J. Historia de la historia clínica. Galicia Clin 2012; 73 (1): 21-26.


28. MONTERO E., LÓPEZ J., HERNÁNDEZ C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. Madrid, 2014. *Revista Clínica Española*, 204 (10), pp. 507-510.
29. DÍAZ J., GALLEGOS B. La interconsulta y la referencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(3-4).
30. MINISTERIO DE SALUD [Internet]. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD. Lima, Perú 2011 [citado 4 Dic 2016]. Disponible en <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
31. LEÓN L. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD [Internet]. Lima, 13 - 14 de setiembre 2011 [citado 4 Dic 2016]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia06.pdf>
32. MINISTERIO DE SALUD [Internet]. Modelo de Atención en Salud. Lima, Perú 2011 [citado 4 Dic 2016]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf>
33. MINISTERIO DE SALUD [Internet]. NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD. Lima, Perú 2005 [citado 4 Dic 2016]. Disponible en http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/Auditoria/NT_Auditoria_029_MI_NSA_DGSP.pdf
34. ACUÑA L. Su Salud Bucal / Odontología y Medicina General [Internet]. México, 2004 [citado 8 Ene 2017]. Disponible en <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/98172.su-salud-bucal-odontologia-y-medicina-general.html>
35. PAYARES C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Rev Cubana Estomatol* v.34 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 1997.

36. VÁZQUEZ F. Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en servicio social en México. Rev Panam Salud Pública. 2010; 28(4):298–304.
37. BAEZ J., SANCHEZ A. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. Semergen 2013; 39: 89-94.
38. ESTEBAN G., RUANO M. El médico de familia ante la Esclerosis Lateral Amiotrófica [Internet]. Rev Clin Med Fam vol.9 no.1 Albacete feb. 2016 [citado 9 Feb 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v9n1/paciente1.pdf>
39. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Quiénes somos y que hacemos [Citado 15 Feb 2017]. Disponible en <http://www.who.int/about/es/>
40. SANZ I., BASCONES A. Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal [Internet]. Av. Odontoestomatol 2009 [citado 24 Jun 2017]; 25 (5): 249-263. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original2.pdf>
41. FERNÁNDEZ O., CHÁVEZ M. Atención odontológica en la mujer embarazada [Internet]. Vol. II, no. 2. Mayo-Agosto 2010 [citado 24 Jun 2017] pp 80-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102g.pdf>
42. VIEIRA D. Prevención endocarditis infecciosa odontología [Internet]. Clínicas dentales en Barcelona, 2012 Octubre [citado 24 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/endocarditis-infecciosa/>
43. STURLA G., ROMO F., TORRES M. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta [Internet]. Av. Odontoestomatol 2014 [citado 24 Jun 2017]; 30 (4): 205-217. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n4/original3.pdf>
44. SILVESTRE F., PLAZA A. Odontología en pacientes especiales [Internet] Universidad de Valencia, 2007 [citado 24 Jun 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=hzY7qlw3->

45. GLICK M., MUZYKA B., LURIE O., SALKIN L. Oral manifestations Associates With HIV – related Disease As markers For Immune Suppression And AIDS. Oral Surg Oral Med. Oral Pathol. 1994, VXII, (3). Pp. 344-9.
46. SEIJO F. Trigeminal neuralgia [Internet]. Rev Soc Esp Dolor 1998 [citado 24 Jun 2017]; 5: 70-78. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/1998_01_08.pdf
47. VÉLEZ J., CRISTINA L., PÉREZ M. Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular y el papel de la educación en su tratamiento. CES Movimiento y Salud. 2015; 3(1): 44-52.

X. ANEXOS


ANEXO 1: Requisitos para solicitar autorización de ejecución de trabajo de investigación en el Hospital Nacional Dos de Mayo.


	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "Dos de mayo"	"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"
---	-------------	----------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

REQUISITOS PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO


1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL
(Solicitar el formato en área de investigación)
2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN
3. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ASESOR DE TESIS, CON OPINIÓN FAVORABLE PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO
(Indicar Universidad, nombre, firma y sello del asesor)
4. CURRÍCULUM VITAE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
(No documentado)
5. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COMPLETO: DOS EN FÍSICO, UNO EN CD (ROTULADO)
*Ver pastes que todo Proyecto de Investigación debe tener

Anexar validación del Instrumento de recolección de datos (juicio de expertos: mínimo 3, con firma y sello de cada experto)
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO ADJUNTO AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y UNO SEPARADO EN UNA MICA, PARA FIRMA DEL COMITÉ DE ÉTICA
*Sólo si trabajará con personas (pacientes, profesionales)
7. RECIBO DE PAGO POR REVISIÓN CIENTÍFICA (VER TARIFARIO)





ANEXO 2: Solicitud de autorización para realizar estudio de investigación, dirigida al director del Hospital Nacional Dos de Mayo.

	PERU	Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicio de Salud	Hospital Nacional "Dos de Mayo"
---	------	---------------------	---	---------------------------------

SOLICITO: Autorización y Aprobación para Realizar Estudio de Investigación

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Sr. Dr.

..... Dra. Rosario del Milagro Kiyohara Okamoto

Mediante la presente el (los) autor(es) Estudiante (☒) Medico (☐)
Residente (☐) Otros Profesionales (☐) de la Institución de

..... Universidad Nacional Mayor de San Marcos

me dirijo (nos dirigimos) a Usted, para solicitar autorización y aprobación del trabajo de Investigación titulado "

..... "Motivo de consulta al servicio de odontología del hospital nacional dos de mayo en el año 2017"

006599

y que deseo (amos) llevar acabo en ésta prestigiosa institución.

Los resultados de éste estudio serán usados para : (marque con un Circulo) :

- ☒ 1.-Tesis : Universidad
- ☐ 2.-Tarea de un Curso de Universidad
- ☐ 3.-Ensayo Clínico: Patrocinado por Laboratorio :
- ☐ 4.-Presentación a Congreso-Publicación
- ☐ 5.- Otros :

IGSS - MINSA
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
AUTORIZACIÓN

05 ABR 2017

TRAMITACIONARIO

FOLIO 1118

Asimismo; entiendo que para la aprobación del estudio en mención, éste será revisado por el Area de Investigación de la Oficina de apoyo a la Docencia e Investigación, el Comité de Bioética (si así lo amerita) y la Jefatura del Departamento donde el estudio se realizará para cual adjunto el protocolo del estudio.

He (mos) coordinado con el(la), Dr(a), (Lic), Juan C. Vasquez.....
..... Izquierdo..... profesional del Hospital Dos de Mayo para que nos apoye y monitore durante la ejecución de nuestro estudio (No necesario si el investigador es intrahospitalario).

... III

Parque "Historia de la Medicina Peruana" s/n, Al. Cátra. 13 Av. Grau - Cercado de Lima
C.T. 328-00-28, Telefax: 328-14-4, RUC: 20160388570
E-mail: hdosdemayo@hotmail.com

III ...

El estudio será financiado por : (Marcar con un Aspa)

- ☐ Laboratorio
- ☐ Asociación
- ☒ Autofinanciado
- ☐ ONG u Otros

Departamento y/o servicios en los que se realizará el estudio y con los que se ha coordinado previamente.

Departamento de Odontología, Clínica de estadística

Se Requerirá Usar Historias Clínicas del Hospital:	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se Utilizará Equipos del Hospital :	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No

Detallar :

Atentamente,


Firma del Investigador Principal

Autores:

Investigador

Principal: Alvaro Alva Maldonado

Telef 980268163


Email : alvarovalvamaraldonado@gmail.com

Investigadores Secundarios :

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Lima, 08 de Abril. 2017

ANEXO 3: Carta de presentación de la universidad de origen.


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DECANATO

Lima, 10 de enero de 2017

Señor
JOHNNY MORZAN DELGADO
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación
Docencia e Investigación
Hospital Nacional Dos de Mayo
Presente.

De mi consideración:

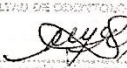
Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente a nombre de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.


Permitame, presentarle al señor ALVARO ALVA MALDONADO, con código N° 10050061, ex alumno de nuestra Facultad, quien se encuentra realizando su proyecto de tesis titulado "Motivo de interconsulta al servicio de odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015".

Motivo por el cual, solicito a su jefatura brindar las facilidades al mencionado Bachiller para realizar la ejecución de su proyecto de tesis en dicho hospital.

Agradeciendo a usted la atención que brinde a la presente es propicia la ocasión para expresarle mi más alta consideración y estima.

Atentamente,


MD. ANA MARÍA DÍAZ SANCHEZ
Decana



/msc

Av. Germán Amézaga N° 375 - Ciudad Universitaria - 2do. Piso
Teléfono: 451 -8022 / 619 -7000 Anexo: 3401 y 3402 Fax: 3409

E-mail: decanodont@unmsm.edu.pe

ANEXO4: Compromiso para trabajo de investigación en el Hospital Dos de Mayo.



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del Centenario Machu Pichu para el Mundo"

FORMATO Nro. 5. COMPROMISO FIRMADO POR EL INTERESADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Mediante el presente documento, Alvaro Alva Maldonado
investigador principal, responsable de la ejecución del trabajo de investigación
titulado : “

..... Motivo de interconsulta al servicio de odontostomatología
..... del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015
.....”

Reaprobado, y que continuará en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, asume el siguiente
compromiso:

- 1.- Seguir estrictamente el protocolo sin alterar su estructura ya acordada mientras el proyecto se realice :
- 2.- Si hubiera que hacer alguna variación, el autor deberá comunicar a la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e investigación (OACDI) – Coordinación de Investigación y al Comité de Ética, el cambio propuesto para poder ser evaluado desde el punto de vista metodológico y ético.
- 3.- Considerar como coautor, cuando el estudio se publique, al profesional de este Hospital que apoye y monitorice la ejecución del estudio.
- 4.- Reportar trimestralmente a la OACDI - Coordinación de Investigación los avances del proyecto, tratando de respetar el cronograma; de esta manera, la Oficina de Investigación, extenderá una constancia de haber realizado el estudio al finalizar éste.
- 5.- Este Compromiso rige por un año, en caso de continuar el estudio, deberá solicitar la renovación de la autorización con por lo menos un mes (30 días útiles) la renovación de la autorización, debiendo firmar un nuevo compromiso.
- 6.- Dejar una copia del informe final con los resultados de la investigación.
Están exceptuados de esta cláusula los estudios que por su naturaleza precisen Confidencialidad de los resultados.

.....
Investigador


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
Coordinador de Investigación
Dr. JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
C.M.P. 21974 R.N.E. 19950
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación



www.minsa.gob.pe/h2demayo
hdosdemayo@minsa.gob.pe

Parque Historia de la
Medicina Peruana s/n
Cercado de Lima
Tlf. 328-00-28, 328-00-35
RUC: 20160388570

ANEXO 5: Autorización y aprobación para realizar estudio de investigación en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

	PERÚ	Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"
---	-------------	----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

CARTA N° 0 - 2017 -OACDI-HNDM

Lima, 12 de abril 2017

Estudiante:
ALVARO ALVA MALDONADO
Investigadores Principal
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF. : REGISTRO 06599

De mi mayor consideración:



Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con memorándum N°059-2017-DO-HNDM Odontoestomatología, informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el trabajo de investigación titulado:

MOTIVO DE INTERCONSULTA AL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL AÑO 2015

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del estudio de investigación. Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del proyecto al concluirse.

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente



Dr. HENNY RICARDO MORÁN DELGADO
C.M.P. 21974 R.N.E. 19950
Dirección de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

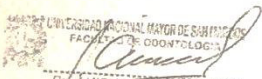
Carta N°051 -EI
JRMD/LN8C/eva

ANEXO 6: Instrumento de recolección de datos.

**'MOTIVO DE INTERCONSULTA AL SERVICIO DE
ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
EN EL AÑO 2015'**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



Nº	H.C.	Motivo de Interconsulta	Diagnóstico de Salud General	Diagnóstico de Salud Estomatológico	Servicio que realiza la interconsulta


 DR. LUIS CISNEROS ZARATE
 C.O.P. 1030
 Y MEDICINA ESTOMATOLOGICA


 M. CECILIA RODRÍGUEZ V.
 CIRUJANO-DENTISTA
 C.O.P. 14862


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
 Dr. JUAN E. VASQUEZ IZQUIERDO
 Jefe del Dpto. de Odontología
 C.O.P. N° 12043 - RNE: N° 402

ANEXO7: Hoja de interconsulta

 Ministerio de Salud	 Hospital Nacional "DOS DE MAYO"	<h1 style="margin: 0;">INTER CONSULTA</h1>	DEL SERVICIO: _____ CAMA: _____ H.C. N°: _____
<input type="checkbox"/> C. Externo <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización			
PACIENTE: _____ Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		SOLICITAMOS: <input type="checkbox"/> OPINIÓN <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA	
REGULACIONES DEL HOSPITAL. Sirvase contestar los resultados de la INTER CONSULTA antes de 24 horas.			
A.M. FECHA: _____ HORA: _____ P.M. PEDIDO DE CONSULTA A: _____			
MOTIVO DE INTER CONSULTA Y RESUMEN CLÍNICA _____ _____ _____ _____ _____			
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: a) _____ b) _____ c) _____			
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO			

<h2 style="margin: 0;">REPUESTA DE INTER CONSULTA</h2>			
FECHA: _____ HORA: _____			
1.- Procedimientos y Exámenes Efectuados	2.- Diagnostico	3.- Pronostico	4.- Recomendaciones
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO			

INTER CONSULTA 10

ANEXO 8: Historias clínicas de pacientes a los cuales se les realizó una interconsulta al Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

